45e Année. — N° 45. Vendredi 11 Novembre 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Projectiles dans la tête chez deux criminels ayant tenté de se suicider. Epreuves radiographiques, par le Dr de Beauvais, p. 705. — **Revue de la presse** : Croissance des cheveux sur des cicatrices faviques par des scarifications et des implantations de parcelles de tiges de cheveux, par le Dr Menahem-Hodara, p. 707. — **Académie des sciences** : *Séance du 31 octobre* 1898. — Présidence de M. Wolf. — Particularités relatives à l'innervation et aux propriétés physiologiques générales des nerfs du sphincter ani, p. 707. — De l'influence de la température sur la détermination du sexe, p. 708. — L'absorption du mercure par les leucocytes, p. 709. — **Académie de médecine** : *Séance du 2 novembre* 1898. — Présidence de M. Jaccoud. — Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections sous-cutanées d'euphorbe, p. 710. — Rapports de prix, p. 711. — Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de sérum gélatineux, p. 711. — Traitement du ptosis, p. 711. — Toxicité de l'appendicite, p. 711. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 4 novembre* 1898. — Présidence de M. Sevestre. — Délire salicylique, p. 711. — Scorbut infantile chez un enfant nourri au lait pasteurisé, p 711. — Affection cardiaque, p. 712. — Erythème polymorphe, p. 712. — **Société médicale du Louvre** (1er et IIe Arrondissements) : *Séance du 17 juin* 1898. — Présidence de M. Moutier. — Epidémie de conjonctivites purulentes, p. 712. — Rachitisme et biberon, p. 713. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 23 juin* 1898. — Présidence de M. Valude, p. 713. — **Congrès de chirurgie** : 12e *Session, tenue à Paris, du 17 au 22 octobre* 1898. — Néphrotomie et néphrectomie, p. 714. — De la néphrotomie, p. 715. — Gastro-entérostomie, p. 715. — Chirurgie des voies biliaires. Nécessité du drainage par les voies biliaires accessoires dans les opérations pratiquées, aussi bien sur les voies biliaires principales que sur les voies biliaires accessoires, p. 715. — Sur un cas d'exstrophie de la vessie dans le sexe féminin. Nouveau procédé autoplastique, p. 716. — **Société de chirurgie** : *Séance du 9 novembre* 1898. Présidence de M. Berger. — Luxation ancienne de l'épaule, p. 717. — Ostéomyélite, p. 717. — Jéjunostomie, p. 717. — **Déontologie**, p. 717. — **Intérêts professionnels**, p. 718. — **Nouvelles**, p. 719.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Projectiles dans la tête chez deux criminels ayant tenté de se suicider. Epreuves radiographiques,

Par le Dr de Beauvais (1).

J'ai l'honneur de présenter à la Société deux épreuves radiographiques prises sur deux détenus, actuellement dans mon infirmerie, à la prison de la Santé.

M. le Dr Leray, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine, sur ma demande, a bien voulu me prêter son concours.

La première épreuve représente le squelette de la face d'un jeune assassin P..., qui, en juin dernier, à Saint-Maurice, coupa la gorge à sa bienfaitrice, Mme Bertrand et massacra horriblement un enfant, Octave Dhaut, dont il redoutait les révélations. Au moment de son arrestation, il tenta de se suicider en se tirant un coup de revolver dans la bouche.

La balle brisa la voûte palatine, à gauche, au niveau du tiers antérieur et près du raphé médian, traversant la fosse nasale gauche, et vint se fixer vraisemblablement, d'après ce que nous allons voir, derrière l'apophyse orbitaire de l'os malaire gauche.

Cette blessure fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante par la bouche et par la narine gauche, qui nécessita un tamponnement avec de l'ouate imprégnée d'une solution concentrée d'antipyrine.

A l'hémorrhagie succéda un écoulement séro-sanguinolent fétide très rebelle. Des injections boriquées furent pratiquées pendant quelques jours, mais on dut les suspendre, par suite des douleurs assez vives qu'elles provoquaient.

Le malade se plaignait aussi de souffrir beaucoup dans les dents de la mâchoire supérieure gauche, dans l'œil et dans l'oreille gauches. Ces névralgies furent calmées par des cachets à parties égales de sulfate de quinine et d'antipyrine, de 0,25 centigrammes.

La mastication était fort pénible et on ne pouvait nourrir le malade qu'avec des aliments liquides.

En sondant avec un stylet mousse le trajet fistuleux par la plaie de la voûte palatine, nous n'avons pu arriver à déterminer le siège du projectile; par la fosse nasale gauche, nous n'avons pas été plus heureux.

Où siégeait exactement la balle? était-il possible de l'extraire?

C'est alors que nous avons songé, pour établir un diagnostic ferme, à recourir à la radiographie.

L'opération a été faite ainsi : P... étendu sur le lit de sa cellule, le côté gauche de la tête appuyé sur la plaque sensible recouverte de papier noir, l'ampoule étant placée à 40 centimètres de l'autre côté de la tête.

Nous nous sommes servis d'une bobine de Rumkorf, actionnée par une batterie de 6 accumulateurs et donnant 17 centimètres d'étincelle. La pose a duré 20 minutes.

Sur l'épreuve obtenue, on voit nettement la balle, de forme irrégulière; ce qui se comprend d'autant mieux qu'elle avait été préalablement mâchée.

Pour déterminer plus facilement et plus exactement la position de cette balle, nous avions pris une deuxième épreuve, en donnant à l'appareil une direction perpendiculaire à la première; malheureusement, la bobine

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris, Séance du 22 octobre 1898.

n'était pas assez puissante pour nous permettre d'opérer ainsi, et le résultat a été négatif.

Nous sommes donc réduit à préjuger d'après une seule épreuve.

De l'examen comparatif que nous avons fait avec le Dr Leray, de l'épreuve radiographique et d'un crâne sec, voici quel doit être le siège probable de la balle.

On remarque d'abord qu'elle est située à 4 millimètres au-dessous de la racine du nez, à 40 millimètres en arrière de ce même point de repère. La distance qui sépare la racine du nez du fond de l'orbite étant d'environ 55 millimètres, la balle est donc située en deçà du fond de l'orbite.

Si l'on suppose un plan vertical, perpendiculaire à l'axe antéro-postérieur de la tête et passant par les deux premières molaires (droite et gauche), du maxillaire supérieur, on voit que ce plan rencontrera la balle.

Comme autre point de repère, si l'on suppose un second plan, passant par la pointe des apophyses mastoïdes et la racine du nez, ce nouveau plan contiendra encore la balle; à l'intersection des deux plans, on doit donc la trouver.

Reste à déterminer maintenant à quelle profondeur de la région temporale elle est située et c'est ici qu'une épreuve prise de face eût rendu service.

Néanmoins, en l'absence de troubles oculaires indiquant qu'elle doit siéger en dehors de l'orbite ; en l'absence de troubles de l'appareil olfactif et des méninges qui éloigne l'idée de sa situation dans les cellules ethmoïdales, ou à la partie inférieure de l'encéphale, on est en droit de supposer qu'elle siège à la partie la plus antérieure de la fosse temporale, derrière l'apophyse orbitaire de l'os malaire ou contre la face externe de la grande aile du sphénoïde.

On peut dès lors suivre son trajet probable : après avoir traversé la voûte palatine, la balle a dû déchirer le cornet inférieur gauche, traverser le sinus maxillaire et perforer la paroi postérieure du maxillaire supérieur, pour s'arrêter derrière l'apophyse orbitaire du malaire ou la face extérieure de la grande aile du sphénoïde.

Le délabrement du cornet inférieur expliquerait l'écoulement nasal ; la perforation du maxillaire supérieur, au voisinage de la fente sphéno-maxillaire, rendrait compte également des douleurs perçues dans l'œil et le maxillaire supérieur, par suite du passage à ce niveau du nerf maxillaire supérieur et de son rameau orbitaire.

Ce ne sont là évidemment que des hypothèses expliquant avec assez de vraisemblance les phénomènes observés; mais, nous le répétons, une deuxième épreuve prise de face eût enlevé les doutes qui peuvent subsister.

Depuis la prise de ces radiographies, après deux mois de soins et de pansements appropriés, la plaie osseuse se cicatrisa, l'écoulement cessa et les douleurs névralgiques disparurent.

Je viens aujourd'hui vous soumettre cette observation intéressante et vous demander s'il y a lieu de procéder à l'extraction de la balle, ainsi que le réclamait avec insistance le blessé.

Dans ces conditions, mes distingués collègues, MM. Polaillon et Ladreit de Lacharrière, étant donné que le blessé se porte bien aujourd'hui et ne souffre plus, me répondent que, puisqu'il n'y a pas urgence et que l'opération exigerait un certain délabrement de la face devant laisser des cicatrices très apparentes, il est prudent et sage de s'abstenir.

Le deuxième malade est un jeune homme aussi, H... Sch... qui étrangla, le 3 juin dernier, sa patronne Mme Leprince, fleuriste, rue Saint-Denis.

C'est ce malfaiteur qui s'est tiré un coup de revolver dans la tempe, lors de son arrestation au théâtre de Mulhouse.

A peu près complètement guéri lors de son incarcération à la Santé, on ne voyait presque plus trace de sa blessure.

Désirant savoir où s'était logée la balle, nous avons pratiqué la radiographie, en opérant dans des conditions identiques à celles décrites précédemment : la plaque étant placée cette fois sur le côté droit de la tête.

Employant une bobine plus puissante, donnant 25 centimètres d'étincelle et actionnée par 14 accumulateurs, nous comptions prendre une deuxième épreuve de face, mais, Sch... qui avait été soumis la veille à des recherches identiques, disant ressentir des sensations pénibles dans la tête, nous n'avons pas insisté.

Sur l'épreuve, on aperçoit très nettement la balle, nullement déformée, ayant conservé sa forme cylindrique.

Elle est située à la hauteur du plancher de l'orbite, à 9 centimètres en arrière de la racine du nez.

D'après l'épreuve, si l'on élève de l'angle de la mâchoire une perpendiculaire au plan horizontal passant par le plancher de l'orbite, et que l'on prenne une longueur de 2 centimètres en arrière du point d'intersection, à ce niveau doit se trouver la balle.

Comme siège réel, cela semble correspondre à un point situé à 2 centimètres au-dessus du conduit auditif.

La balle n'est vraisemblablement pas située profondément, car son ombre ne présente pas de déformation inhérente à l'éloignement du corps opaque, de la plaque photographique.

Ce cas, moins intéressant que le premier, nous indique néanmoins les services que les rayons X sont appelés à rendre au chirurgien dans les blessures par armes à feu, relativement fréquentes chez nos prisonniers.

REVUE DE LA PRESSE

Croissance des cheveux sur des cicatrices faviques par des scarifications et des implantations de parcelles de tiges de cheveux, par le Dr MENAHEM-HODARA. — L'auteur, après avoir guéri deux jeunes filles atteintes d'un favus ancien avec plaques cicatricielles totalement dépourvues de cheveux, tenta des implantations de parcelles de tiges de cheveux sur les cicatrices faviques. Le moyen employé fut de faire sur une cicatrice des scarifications profondes, très serrées et croisées; puis, après avoir étanché le sang, l'auteur sau oudra et implanta sur les parties incisées de petites parcelles de tiges de cheveux de la malade, obtenues à l'aide de ciseaux.

Les régions ainsi ensemencées furent recouvertes d'une rondelle de papier et d'emplâtre. Les parcelles de cheveux avaient des grandeurs diverses d'un millimètre, de deux, de quatre; parmi celles-ci il n'y en avait pas qui provenaient de portion de bulbes, ni des cellules épithéliales des gaines folliculaires en même temps arrachées.

Quatre semaines après l'implantation, en enlevant l'emplâtre, la plupart de ces parcelles de cheveux tombaient en masse, laissant voir au-dessous une couche cornée desquamante comme une fine membrane, qui s'exfoliait, englobant une quantité de ces parcelles implantées. Après la chute de cette fine squame, le Dr Hodera constata que quelques parcelles ne se détachaient pas et restaient assez fermement retenues dans quelques fentes d'incision. Après quelques semaines, ces parcelles commençaient à croître et, après 3 à 6 mois, ces cheveux devenaient longs; les uns, étaient forts et colorés, les autres minces et peu pigmentés.

L'auteur a répété ces expériences, toujours avec succès; chez les personnes jeunes, les résultats ont été plus favorables. L'auteur a fait des expériences comparatives en scarifiant des cicatrices, mais sans implanter de parcelles de cheveux, qu'il recouvrait d'emplâtre. Les résultats ont été nuls.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'étude microscopique qu'il a faite sur ces cheveux nouvellement formés. Voici les conclusions par lesquelles il termine son travail :

« L'examen microscopique des parcelles implantées et enracinées, quelques semaines après l'implantation, démontre un prolongement plus ou moins grand de l'extrémité inférieure de la parcelle terminée par un renflement bulbaire. L'examen microscopique des cheveux ainsi néoformés sur les cicatrices et grandis quelques mois après l'implantation des parcelles des tiges de cheveux démontre une tige, une racine et un renflement bulbeux plein bien formé.

« L'examen microscopique des cicatrices faviques non ensemencées démontre l'absence totale des restes d'anciens cheveux et d'anciens follicules.

« Les coupes de cicatrices faviques ensemencées démontrent microscopiquement qu'autour des petites parcelles ou tiges de cheveux bien insérées dans l'intérieur des fentes d'incision et non détachées, il se forme un nouveau follicule dans lequel la parcelle s'enracine et s'unit intimement avec le follicule néoformé, qui fournit le matériel pour laformation et la croissance du cheveu, lequel croît en union intime agglutiné avec la parcelle enracinée.

« Au point de vue pratique, cette méthode d'implantation des parcelles de tiges de cheveux dans les cicatrices doit être encore améliorée ».

C'est ainsi que l'auteur apporta une petite amélioration dans son procédé en introduisant, avec l'extrémité obtuse d'une branche de pince à épiler, les parcelles des tiges de cheveux dans l'intérieur de chacune de ces fentes d'incision le plus régulièrement et le mieux possible. (*Journal des mal. cutanées et syph.*, juillet 1898.)

Dr B.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 octobre 1898. — Présidence de M. WOLF.

Particularités relatives à l'innervation et aux propriétés physiologiques générales des nerfs du sphincter ani. — MM. S. ARLOING et EDOUARD CHANTRE. I. Le sphincter reçoit des rameaux nerveux qui s'étendent jusqu'au col de la vessie. Ces rameaux sont pairs et symétriques, de sorte que le muscle, bien qu'impair et médian, semble schématiquement constitué de deux moitiés arciformes soudées bout à bout et possédant chacune leur innervation propre.

Si ce schéma était l'expression de la réalité, la constriction circulaire du sphincter exigerait l'intervention simultanée des deux nerfs de l'organe, ou encore la contraction d'une moitié entrainerait le relâchement d'un autre. Or, il n'en est rien et, comme nous le verrons dans une note ultérieure, la section unilatérale des nerfs ne modifie pas le fonctionnement du sphincter d'une façon sensible. En considération de ces faits, on est disposé à admettre, au contraire, que les deux moitiés arciformes du sphincter semblent se pénétrer mutuellement vers leurs extrémités et souder leurs fibres ou bien encore que le domaine de chaque nerf, malgré la symétrie apparente de la distribution, dépasse la ligne médiane et empiète sur le domaine de l'autre.

Nous déduisons ces hypothèses du mode de propagation de la contraction dans le sphincter sous l'influence de l'excitation de ses nerfs, pris isolément. La contraction passe toujours de la moitié dont le nerf est excité à l'autre moitié.

Pour observer ce phénomène, il faut enlever le sphincter avec ses nerfs, le transformer rapidement en une bande contractile rectangulaire et, dans ce but, le diviser sur la ligne médiane inférieure, l'étaler à la surface d'une lame de liège et le tendre à l'aide de poids attachés aux deux extrémités. De plus, on le fixe en plantant quelques épingles suivant la ligne médiane supérieure et l'on place une

pince myographique sur la moitié droite et sur la moitié gauche, pince qu'on relie à deux tambours à levier.

Toutes ces manœuvres exigent beaucoup de célérité, afin de ne pas laisser disparaître l'excitabilité du bout périphérique des nerfs. Le succès en est favorisé par quelques précautions préalables. Ainsi, il est bon de préparer l'ablation des organes précités sur l'animal vivant, dont la sensibilité est supprimée par la section de la moelle épinière au collet du bulbe et la respiration entretenue artificiellement. Sur un tel sujet, l'on va à la recherche des nerfs, on les coupe, on isole les bouts périphériques sur une certaine longueur, on circonscrit le sphincter; enfin, on enlève muscle et nerfs et l'on se débarrasse rapidement des lambeaux de peau ou de muqueuse capables de nuire à la bonne adaptation des pinces myographiques. L'ablation faite, on prend des dispositions pour retarder, autant que possible, les effets de la dessiccation.

Quand ces préparatifs sont terminés, si l'on excite l'un des nerfs avec des courants induits isolés ou tétanisants, les deux pinces myographiques donnent en même temps des courbes positives; toutefois, la pince située sur la moitié qui répond au nerf excité fournit un tracé dont l'amplitude est un peu plus grande que celle du tracé de la pince symétrique. Si l'on passe à l'autre nerf, on obtient des résultats analogues.

La bande musculaire sphinctérienne s'est donc contractée tout entière sous l'influence de l'excitation d'un seul nerf, puisqu'elle a augmenté d'épaisseur en même temps qu'elle s'est raccourcie dans toutes ses parties.

Deux explications sont plausibles pour rendre compte de ce phénomène : ou bien les fibres musculaires possèdent toute la longueur du muscle et reçoivent une plaque motrice terminale des nerfs correspondants à droite et à gauche, ou bien les ramifications des nerfs, après avoir fourni des plaques motrices, principalement aux fibres du côté correspondant, lancent quelques fines arbuscules terminales sur les fibres musculaires de la moitié opposée.

A laquelle doit-on se rattacher de préférence?

Nous nous rattacherons à la seconde, pour deux raisons : 1° parce que la contraction, liée à l'excitation d'un nerf, au lieu de s'établir uniformément dans toute l'étendue du muscle, comme elle le ferait si toutes les fibres étaient continues d'un bout à l'autre et placées sous l'empire du nerf excité, s'affaiblit en se propageant au delà de la ligne médiane; 2° parce que l'excitation directe de la bande musculaire donne exactement les mêmes résultats.

Nous voyons une nouvelle preuve de l'intervention du système nerveux dans ce fait qu'à un certain moment, lorsque les nerfs intramusculaires se fatiguent, la contraction finit par se localiser presque entièrement dans la moitié du muscle qui reçoit l'excitation et ne se propage plus à l'autre moitié.

II. Si l'on compare les nerfs du sphincter et les nerfs mixtes des membres au point de vue de l'excitabilité, on relève une différence qui mérite d'être signalée.

Les branches nerveuses du sphincter perdent leur excitabilité plus vite que les nerfs mixtes des membres. Si on lance, au même instant, une série de courants induits isolés, à l'aide d'excitateurs doubles, dans le bout périphérique du nerf honteux et du nerf du court jambier latéral du chien, on constate que le sphincter cesse de répondre aux excitations bien avant le muscle du membre. Lorsque apparaît la fatigue, le nerf réagit encore un instant aux courants induits d'ouverture selon les règles classiques.

Dans notre communication du 31 mai 1897, nous avons montré que les branches nerveuses paires qui se rendent au sphincter renferment un certain nombre de fibres sensitives dont l'excitation peut déterminer la contraction réflexe du muscle. L'excitabilité de ces fibres persiste davantage que celle des fibres motrices, de sorte qu'une excitation appliquée sur le trajet d'un nerf intact, mais soumis déjà à des excitations répétées, est capable d'entraîner la contraction du sphincter par voie réflexe et non par voie directe.

Des faits précités il résulte :

1° Que les branches terminales des nerfs honteux franchissent la ligne médiane et que chaque groupe latéral tient sous sa dépendance la plus grande partie des fibres musculaires du sphincter;

2° Que la résistance aux causes capables d'altérer l'excitabilité est moins grande dans les nerfs du sphincter que dans les nerfs mixtes des membres;

3° Que l'excitabilité persiste plus longtemps dans les fibres sensitives que dans les fibres motrices des nerfs honteux.

De l'influence de la température sur la détermination du sexe. — M. Marin Molliard. Plusieurs statistiques, relatives à la proportion des individus mâles et femelles, semblent montrer, en ce qui concerne les animaux, que la température favorise la production des femelles; c'est une notion vulgaire qu'il naît relativement plus de filles dans les pays chauds que sous les climats froids; Düsing a fait également remarquer que, dans un même pays, la température du moment de l'apparition du sexe influe sur celui-ci; dans les mois les plus chauds il y a production d'une quantité plus considérable de filles; Schlechter arrive à la même conclusion relativement aux chevaux. Von Siebold a montré, de son côté, que les œufs fécondés du *Nematus ventricosus* donnaient naissance à d'autant plus de femelles que la température était plus élevée; il est vrai que, dans ce dernier cas, un autre facteur, celui de l'abondance de la nourriture, variait en même temps dans un sens favorable à la production de femelles.

Les observations et expériences faites sur des plantes semblent jusqu'ici donner des indications en sens contraire; une ancienne expérience de Knight a montré qu'un pied de Melon d'eau, plante monoïque, cultivé dans une serre chaude, ne possédait que des fleurs mâles; Heyer a fait observer comment cette expérience était insuffisante et sujette à de graves objections; plusieurs autres observations sont contradictoires.

J'ai fait sur le *Mercurialis annua* une expérience dont les résultats mènent à la même conclusion pour cette plante que pour les animaux. Divers lots de graines, provenant de pieds ayant crû dans des conditions variées, sur lesquelles je n'insisterai pas en ce moment, ont été semés dans sept carrés différents, et à deux reprises successives; le premier semis a été effectué le 18 avril, le second le 25 juin de cette année; les deux séries de plantes ainsi obtenues se sont développées dans le même sol et à la même exposition, mais dans des conditions de température très différentes; pour le premier semis la température, observée à partir de l'ensemencement jusqu'à l'apparition des premières fleurs, a présenté un mimum de 1° C., un maximum de 28° (maximum d'ailleurs tout à fait acci-

dentel); la quantité de chaleur reçue correspond à une température de 12° ; les plantes du second semis ont subi une température minimum de 7°, une température maximum de 34° et ont reçu une quantité de chaleur correspondant à une température moyenne de 18°5.

Le dénombrement des pieds mâles et femelles m'a donné les résultats consignés dans le Tableau suivant :

	Premier semis.			Second semis.		
	Nombre de pieds mâles.	Nombre de pieds femelles.	Nombre de pieds femelles pour 100 mâles	Nombre de pieds mâles.	Nombre de pieds femelles.	Nombre de pieds femelles pour 100 mâles
1er lot.	227	191	84	325	283	87
2e lot.	192	183	95	171	199	116
3e lot.	192	207	108	216	256	118
4e lot.	462	379	82	279	257	92
5e lot.	268	186	94	379	406	107
7e lot.	269	252	69	332	309	93
6e lot.	284	239	84	317	289	91
Total ..	1894	1637	86	2019	1999	99

La différence accusée entre les deux résultats totaux est considérable, mais elle ne serait pas absolument probante, constituant une donnée isolée et les deux dénombrements successifs ayant été opérés sur des nombres déjà grands, mais peut-être pas assez élevés; ce qui me paraît donner du poids à ce résultat d'ensemble, c'est le fait que, pour chacun des lots en particulier, nous observons une variation se produisant constamment dans le même sens.

D'autres conditions que la température ont varié d'une culture à l'autre; mais je ne crois pas qu'elles aient une influence aussi marquée que ce premier facteur ; l'humidité du sol a été maintenue sensiblement constante par l'arrosage ; l'état hygrométrique de l'air a peu varié ; sa moyenne a été de 83 pour la première culture, de 81,5 pour la seconde ; le ciel a été plus couvert durant la première culture que pendant la seconde ; mais d'autres expériences, effectuées sur le Chanvre et sur la Mercuriale, m'ont permis de constater que l'ombre favorise la production de pieds femelles ; nos résultats n'en deviennent, de ce fait, que plus significatifs.

En résumé, *la chaleur favorise, chez la Mercuriale, la production d'individus femelles.* Ou bien l'action de la chaleur s'exerce sur les graines où l'on suppose le sexe définitivement constitué, et favorise alors la germination des graines femelles ; ou bien elle peut agir encore sur la détermination du sexe une fois la graine formée. Nous nous rallions à cette seconde manière de voir, qui seule explique les modifications du sexe que nous avons antérieurement décrites chez le Chanvre.

L'absorption du mercure par les leucocytes. — M. Henri Stassano. Etudiant le mécanisme intime de l'action physiologique, thérapeutique et toxique des sels solubles de mercure, j'ai été porté à examiner si les leucocytes jouent un rôle prééminent, vis-à-vis des autres éléments de l'organisme, dans l'absorption et l'élimination de ces sels.

J'ai essayé de déceler au microscope la présence du mercure dans les leucocytes, mais je n'y suis parvenu qu'assez imparfaitement, n'ayant point trouvé une réaction colorée caractéristique. Cependant, observant, à un grossissement moyen de 300 d, la circulation capillaire du poumon d'une grenouille empoisonnée par le sublimé, j'ai remarqué que les leucocytes apparaissent plus rugueux, surtout moins réfringents, lorsqu'on fait arriver dans le torrent circulatoire quelques gouttes d'une solution d'iodure de potassium. Ces légers changements d'aspect et de réfringence des leucocytes trahissent, peut-être, la précipitation de traces infinitésimales d'iodure mercurique dans le protoplasma.

Par contre, j'ai pu résoudre, de la façon la plus certaine, le problème que je m'étais posé, par l'analyse chimique ordinaire. Pour déterminer si les leucocytes ont une fonction particulière dans l'absorption du sublimé, j'ai pensé qu'il suffirait d'isoler, par la centrifugation du sang, une grande partie de ces cellules et de comparer la quantité du mercure qu'on y rencontrerait avec les quantités de ce même corps que fourniraient les autres éléments (plasma et globules rouges) du sang en expérience.

Je craignais que les leucocytes, pendant la centrifugation, laissent échapper, dans la masse totale du sang, une partie du composé mercuriel qu'ils avaient pu fixer dans les vaisseaux. Mais les essais récents de M. Portier, qui a pu, par ce même procédé, constater la présence des oxydases dans les leucocytes, me rassurèrent à cet égard. Néanmoins, je me suis préoccupé, d'une façon toute spéciale, de conserver, par tous les moyens et autant que possible, l'intégrité des leucocytes, dès le commencement de l'expérience, à l'intérieur des vaisseaux, jusqu'à l'achèvement de la séparation artificielle des différents éléments du sang. Pour cette raison, j'ai préféré rendre incoagulable le sang à étudier, au moyen de l'extrait de sangsue, qui a une remarquable action d'excitation sur la vitalité du sang et des leucocytes en particulier, plutôt que par le battage et les agents chimiques qui, au contraire, causent tous une destruction plus ou moins considérable de ces cellules.

Je me suis assuré, d'ailleurs, par l'expérience, que l'extrait de têtes de sangsues est préférable, pour la recherche dont il s'agit, à l'oxalate neutre de potasse, au fluorure de sodium et surtout à la peptone : relativement à cette dernière substance, l'extrait de sangsue a beaucoup d'autres avantages : il ne fait pas baisser le nombre des leucocytes à l'intérieur de l'organisme ; il n'est point toxique : il ne détermine pas d'accoutumance ; il agit *in vitro* presque aussi bien que par injection intraveineuse et il est efficace sur tous les animaux de laboratoire.

De même, j'ai eu soin de ne pas injecter de quantités de sublimé trop massives, pour ne pas provoquer de profondes hypoleucocytoses; j'ai opéré les saignées et la centrifugation du sang, dans la mesure du possible, à l'abri des contaminations microbiennes, pour protéger les leucocytes contre ces autres causes d'altération.

J'ai contrôlé le procédé opératoire en question, tel qu'il résulte de cet ensemble d'indications, en l'appliquant à la recherche analogue du saccharate de fer, dont l'absorption par les leucocytes est un fait bien acquis, grâce à la belle réaction microchimique du ferrocyanure.

Dans mes expériences sur la fixation du mercure par les leucocytes, je me suis servi de chiens de très forte taille, auxquels je pouvais injecter des doses considérables de sublimé sans les affaiblir notablement et amener la disparition ou la désagrégation dans le sang d'un grand nombre de leucocytes. Les doses injectées de sublimé ont varié

de 5 mmc. à 10 mmc. par kilogramme sous la peau, et de 1 mmc. à 3 mmc. dans les veines. Une séparation suffisante des éléments du sang a été obtenue avec la turbine dont je disposais, après une moyenne de deux heures de centrifugation. Pour retirer les couches de leucocytes des tubes à centrifugation, on décante, à l'aide d'un siphon, le plasma surnageant, et, ensuite, inclinant le récipient, on amène la couche blanche près de l'ouverture, où il facile, soit de la saisir avec une pince, si elle forme une membrane assez résistante, soit de la faire sortir par un petit mouvement rapide de bascule. Bien entendu, dans les deux cas, surtout dans le second, on recueille avec les leucocytes une petite quantité de globules rouges et quelques gouttes de plasma, ce qui n'est pas une cause appréciable d'erreur, puisque la teneur en mercure du plasma et du stroma rouge est absolument minime.

Si l'on prélève, en effet, du plasma et du stroma rouge en poids égal à celui de la couche des leucocytes et si l'on recherche ensuite le mercure dans les deux échantillons, on ne parvient à déceler la moindre trace de ce métal, ni dans l'un, ni dans l'autre, tandis que, dans la couche des leucocytes, on en trouve toujours une petite quantité, que l'on peut rendre très apparante en la transformant en biiodure de mercure. J'indiquerai ailleurs le mode opératoire que j'ai suivi pour mettre en évidence ces petites quantités de mercure.

On extrait quelquefois une trace minime de mercure de la quantité totale du plasma qui, sur 1 litre de sang, mesure environ 400 grammes. Avec le stroma rouge entier qui, pour 1 litre de sang, atteint à peu près 600 grammes, on obtient aussi un anneau de mercure, lequel souvent égale et quelquefois dépasse un peu celui de la couche leucocytaire. Mais cette constatation du mercure, en dehors des leucocytes, au moins en apparence, bien loin de contredire le principe de l'affinité exclusive de ceux-ci pour le mercure, ne fait que le confirmer. Car on ne parvient, par la centrifugation, qu'à une séparation tout à fait relative des éléments du sang; on peut, en effet, obtenir aisément une couche seconde de leucocytes, presque aussi épaisse qu'à la première centrifugation, en centrifugeant de nouveau la zone des globules rouges, délayée dans un volume double d'eau physiologique.

J'ai pu aussi mettre en relief le rôle des leucocytes, dans l'absorption du mercure, par un procédé plus expéditif : à un chien qui vient de recevoir du mercure j'injecte dans le péritoine 300 grammes à 400 grammes d'eau physiologique, tiède et parfaitement stérile, ce qui a pour effet d'attirer rapidement dans la cavité abdominale un très grand nombre de leucocytes, qu'il est facile de recueillir à peine trois ou quatre heures après l'injection. Ce résidu varie beaucoup d'un cas à l'autre : le plus souvent il est très abondant, mais certaines fois il n'atteint que quelques centimètres cubes. Dans tous les cas, cependant, ce liquide péritonéal est toujours chargé de mercure et l'anneau de biiodure qu'il donne est infiniment supérieur à celui qui est fourni par un volume égal de sang et dépasse même celui de la masse totale du sang.

Au début de ces recherches, je provoquais la leucocytose péritonéale par des injections de quelques grammes de bouillon et de sérum : moyen qui ne permet de recueillir de l'exsudation en quantité suffisante que vingt-quatre heures seulement après, au moment de la plus forte hyperleucocytose. J'ai songé aussi à déterminer une accumulation de mercure sous la peau, par la formation d'un abcès, selon le procédé par lequel Charrin et Carnot ont, sans résultat, cherché de fixer le plomb circulant dans le sang. Mais ces procédés doivent être abandonnés, parce que le mercure disparaît de la circulation promptement après l'injection et bien avant qu'il ait pu se former un afflux appréciable de leucocytes dans le péritoine et surtout sous le peau, par les deux artifices en question.

En résumé, les expériences ci-dessus démontrent nettement que les leucocytes sont les agents exclusifs de l'absorption et du transport, dans la circulation, des composés mercuriels. Cette fonction a été déjà attribuée aux leucocytes, à l'égard des sels solubles de fer et d'argent, par Kobert et les élèves de Dorpat. A son tour, Metchnikoff a pu reconnaître que cette fonction est remplie particulièrement par les leucocytes polynucléaires et monucléaires, par ces cellules mésodermiquet, précisément, auxquelles est dévolue la fonction d'englober et de détruire les microbes : d'où il a été conduit à les envisager, à la fois, comme agents phagocytaires et thérapeutiques. La nature toxique des composés mercuriels, dont j'ai étudié l'absorption et le transport par les leucocytes, donne, ce me semble, à cette fonction un caractère qui corrobore la nouvelle et plus étendue conception du rôle protecteur des leucocytes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Onimus qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la 4e division (physique et chimie médicales, pharmacie ; 2° un travail manuscrit de M. Pottiez, pharmacien à Fontaine-L'Evêque intitulé : « Contribution à l'étude de l'étiologie de la rougeole, le streptococcus rubeolicus ».

Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections sous-cutanées d'euphorbe. — M. Pénières (de Toulon). L'émulsion d'euphorbe est préparée de façon à contenir un quart de milligramme d'euphorbe par centimètre cube de liquide à injecter. L'injection est faite dans le tissu cellulaire au niveau du ganglion à faire résoudre ; la pénétration dans le ganglion déterminerait, en effet, une douleur et une tuméfaction inutiles. La quantité du liquide à injecter est de 1 ou 2 centimètres cubes. Il n'y a pas de fièvre et le malade peut vaquer à ses occupations.

Les adénites monoganglionnaires sont ordinairement guéries par deux ou trois piqûres espacées.

M. Pénières cite l'observation d'une jeune fille de quatorze ans, qui présentait une polyadénite monstrueuse du côté droit du cou, — du côté gauche, pour une tumeur analogue, elle avait subi plusieurs opérations chirurgicales qui avaient balafré son cou de cicatrices vicieuses ; — à droite, elle était presque inopérable ; la tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus, s'enfonçait dans le creux sus-claviculaire, en haut elle comprimait le conduit auditif et déterminait de la surdité, sa surface était parsemée d'ouvertures fistuleuses qui suppuraient abondamment et la respiration était devenue difficile. En quelques mois, au moyen d'une dizaine de piqûres faites très irrégulièrement, l'enfant a guéri, comme en témoignent deux photographies

présentées à l'Académie ; les tumeurs ont disparu, la peau est devenue souple et blanche et la surdité par compression a disparu.

Rapports de prix. — M. Magnan lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Civrieu.

M. Marty lit un rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Larrey.

Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de sérum gélatineux. — M. Levasseur répond aux objections formulées dans les deux dernières séances contre sa méthode, par MM. Huchard et Laborde.

Les particules ténues dont parle M. Laborde sont hypothétiques, leur existence devrait être démontrée. La gélatine injectée sous la peau ne pénètre pas directement dans les reins, mais passe par les ganglions lymphatiques.

Le sang se coagule facilement quand la paroi du vaisseau n'est pas lisse et d'autre part quand la circulation du sang est ralentie ; ces deux conditions ne se trouvent réunies qu'au niveau du sac anévrysmal ; c'est donc là seulement que les injections de gélatine amèneront la coagulation

La solution de gélatine dont M. Lancereaux se sert est la suivante :

Gélatine blanche 4 à 5 gr.
Solution de chlorure de sodium à 7 0/00 200 grammes.

Traitement du ptosis. — M. Motais (d'Angers) rappelle son procédé consistant à faire suppléer le releveur de la paupière supérieure par le droit supérieur qui a le même trajet et la même innervation.

Toxicité de l'appendicite. — M. Dieulafoy. Je ne parle pas de l'infectiosité bien connue de l'appendicite, mais je voudrais démontrer que cette maladie, infectieuse au premier chef, est en même temps une maladie toxique. Si l'appendicite étant transformé en cavité close, on prend dans cette cavité du liquide, le bouillon de culture fait avec ce liquide est très toxique, même quand on l'a filtré pour le débarrasser des coli-bacilles, tandis que le liquide pris en dehors de la cavité close n'est pas toxique. Cette expérience de laboratoire est très démonstrative, mais il y a de plus l'expérience clinique.

Un malade entre à l'hôpital avec une teinte ictérique, trois jours après le début de douleurs abdominales, accompagnées de vomissements. Le malade, invité a indiquer du doigt le point où avaient débuté les douleurs, montra son appendice ; au niveau du point de Mac Burnett, il y avait la douleur et l'hypéresthésie cutanée caractéristiques de l'appendicite. Il n'y avait pas de fièvre, le pouls était à 106. L'urine ne contenait pas de pigment biliaire mais de l'urobiline, du pigment brun et de l'albumine. Le malade faisait donc de l'albuminurie et de l'urobilinurie et son foie avait été infecté de la sorte.

M. Duplay est prévenu, son interne fait l'opération et trouve l'appendice gangrené et baignant dans le pus. Ainsi en trois jours cette appendicite avait pu provoquer des désordres pareils, et pourtant la veille de l'opération il y avait eu de l'accalmie.

Le jour où le malade fut opéré, la journée fut mauvaise ; dans la nuit l'amélioration se fait ; le lendemain matin il n'y a plus d'albumine, trois jours après il n'y a plus d'urobiline, le malade n'est plus intoxiqué.

Il y six semaines j'ai vu de même un malade atteint d'ictère avec appendicite et qui a guéri après l'ablation du foyer appendiculaire.

D'autres observations sont dues à MM. Dreyfus-Brisac et Hartmann et à M. Vallon.

Il est bon d'insister sur le pronostic de cet ictère. Il y a un ictère toxique appendiculaire et un ictère infectieux d'origine appendiculaire. Dans bien des cas on commence par avoir de l'albuminurie, de l'urobilinurie et on finit par faire des accidents toxiques cérébraux ou bulbaires auxquels on succombe. M. Dieulafoy en rapporte plusieurs observations.

Comme conclusion, l'appendicite est très redoutable, parce qu'elle intoxique ses victimes en même temps qu'elle les infecte. L'appendicite est la grande maladie abdominale. Le seul moyen de se mettre à l'abri des méfaits de l'appendicite est de supprimer le foyer infectieux. Avec des soins donnés suffisamment tôt, on ne doit jamais mourir d'appendicite.

A 4 h. 45 l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports de prix lus en séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 novembre 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Délire salicylique. — M. Bernard lit une observation de délire à forme de manie aiguë avec hallucinations visuelles et auditives survenu après l'ingestion de 12 gr. de salicylate de soude pris en deux jours, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. La malade n'était ni rénale, ni alcoolique, ni névropathe ; il n'y a pas eu d'albumine dans les urines. Le délire a disparu, en quarante-huit heures, dès que le salicylate a été suspendu.

M. Rendu a étudié la *perméabilité rénale* de la malade dont il a parlé dans la séance précédente par le procédé de M. Achard au bleu de méthylène ; il l'a trouvée normale. Donc, dans son cas, tout porte à croire que le rein était sain ; il a été temporairement irrité par le salicylate de soude, en même temps qu'apparaissait le délire médicamenteux.

Scorbut infantile chez un enfant nourri au lait pasteurisé. — M. Netter présente un enfant de 12 mois, chez lequel on peut constater encore quelques pétéchies et une teinte légèrement violacée des gencives, mais qui, il y a quelques semaines, présentait tout le tableau de la maladie de Barlow, ou scorbut infantile. Au mois de septembre, sa mère remarqua qu'il devenait pâle, apathique, pouvait à peine remuer les jambes, et criait quand on le touchait. Au commencement d'octobre, la pâleur s'exagéra et il apparut de l'œdème des pieds sans rougeur ; bientôt, le teint devint terreux, les douleurs plus vives, les membres inférieurs devinrent immobiles, tuméfiés, en état de pseudo-paralysie, et sur le tibia gauche apparurent deux saillies violettes constituées par des hémorragies sous-périostées ; les gencives étaient tuméfiées, puis bientôt devinrent saignantes et fongueuses.

Le diagnostic était évident, et l'enfant fut soumis au traitement antiscorbutique, jus d'orange, jus de viande crue et lait bouilli. L'amélioration fut presque instantanée, et après cinq jours l'enfant était presque complément guéri. La nature des lésions constatées dans ce cas et le résultat merveilleux du traitement antiscorbutique ne permettent pas de mettre en doute le diagnostic, mais la pathogénie de ce cas semble être particulièrement intéressante.

Cet enfant avait été élevé d'abord au lait maternisé, puis depuis longtemps il était nourri de lait pasteurisé au moyen de l'appareil Soxhlet, auquel on ajoutait des jaunes d'œufs et de la phosphatine.

Il est difficile de se rattacher à une autre hypothèse que celle de troubles de la nutrition dus à la stérilisation du lait; le scorbut infantile est parfaitement semblable à celui des adultes, et celui-ci est certainement dû à la privation d'aliments frais. D'ailleurs, en compulsant les observations publiées de scorbut infantile, on voit que cette affection ne se manifeste pas chez les enfants élevés au lait ordinaire. Les 9/10 des cas ont trait à des enfants nourris avec du lait concentré ou des farines alimentaires stérilisées, les autres cas concernent des enfants ayant été nourris au moyen de lait stérilisé du commerce ou bien avec du lait stérilisé à domicile d'après la méthode dite de Soxhlet, c'est-à-dire soumis pendant 40 minutes à l'action d'un bain-marie d'eau bouillante.

M. Guinon. Le cas que vient de rapporter M. Netter est bien sans contredit le plus bel exemple de maladie de Barlow qu'on ait publié en France; depuis quelques années beaucoup d'observations publiées sous ce nom ne ressortissaient pas au scorbut infantile.

M. Legendre. Je ne suis pas convaincu que, dans le cas rapporté par M. Netter, il faille incriminer le lait stérilisé; pour pouvoir l'affirmer il eût fallu que l'enfant ait été guéri par la seule substitution du lait frais au lait stérilisé sans l'adjonction de la médication antiscorbutique.

Affection cardiaque. — M. Rendu présente des pièces provenant de l'autopsie d'un homme chez lequel on n'avait pas porté de diagnostic bien précis. Cet homme avait eu, à l'âge de 17 ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, à la suite de laquelle il avait conservé une lésion cardiaque; il était terrassier et travailla jusqu'à l'âge de 33 ans sans avoir été notablement incommodé par cette infirmité, à part une légère attaque d'asystolie survenue il y a 2 ans et vite passée. Il était entré à l'hôpital dans un état très grave avec de l'asphyxie blanche, de l'affolement du cœur, sans œdème, ni ascite, ni pouls veineux mais pourtant seulement un peu de congestion des bases : le cœur était très gros et le pouls incomptable. Une saignée l'avait un peu soulagé et sous l'influence de la digitale, de la théobromine et de la caféine, l'amélioration se produisait quand le malade mourut subitement asphyxié en quelques instants.

A l'autopsie nous avons trouvé une symphyse totale du péricarde, une hypertrophie considérable du ventricule gauche tandis que le ventricule droit était atrophié, un rétrécissement mitral, un rétrécissement tricuspidien et une insuffisance aortique. Un gros caillot fibrineux existait dans l'oreillette droite, oblitérant l'orifice tricuspidien rétréci; c'est lui qui avait déterminé la mort subite.

Erythème polymorphe. — M. Thibierge présente un homme atteint d'un érythème polymorphe à disposition symétrique et zostériforme. Quoique les lésions ne correspondent qu'incomplètement à des territoires nerveux déterminés, ce cas vient à l'appui de la théorie qui fait intervenir le système nerveux dans la localisation des lésions de l'érythème polymorphe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

(1er ET IIe ARRONDISSEMENTS)

Séance du 17 juin 1898. — Présidence de M. Moutier.

Le procès verbal de la dernière séance est adopté après deux modifications demandées par MM. Süss et Moutier.

La Correspondance comprend : 1° une lettre de M. Debout d'Estrées, une lettre de M. Toumy, directeur de la police municipale, promettant que la carte d'identité pourra servir de coupe-file.

M. Gourc montre des moulages dont l'un se rapporte au cas dont il a entretenu la Société dans une précédente séance, l'autre montre un déplacement de l'incisive.

M. Boudin fait son rapport sur la candidature de M. le Dr Planet qui, après vote, est admis membre de la Société.

Epidémie de conjonctivites purulentes. — M. Suss a observé toute une série de conjonctivites purulentes, constituant une véritable épidémie. En l'absence de toute autre cause plausible, M. Suss fait de cette série de conjonctivites, observées en temps d'épidémie de grippe, une manifestation grippale.

Le traitement assez simple a consisté en lavages et occlusion des paupières.

M. Chevallereau n'a rien observé de semblable : il admet cependant fort bien que ce soit une des nombreuses et si diverses manifestation de la grippe.

M. Carra. L'examen bactériologique a-t-il été fait ?

M. Suss. Cet examen n'a pas été fait; mais eût-il donné des résultats bien nets ?

M. L. Dubrisay. Le bacille le plus constant, bacille de Pfeiffer, est très fugace et difficile à cultiver, si ce n'est sur sérum de sang de pigeon : on le rencontre surtout dans les formes pulmonaires (Dujardin-Beaumetz) mais pas dans les suppurations.

M. Dubrisay a observé une épidémie chez les femmes en couche de la Clinique Tarnier; on a trouvé seulement et uniquement le pneumocoque ; il fait remarquer que cette grippe n'a eu aucune influence fâcheuse, ni sur les grossesses, ni sur les accouchements ou les suites de couches, et pas davantage sur la santé des enfants.

M. Gillet. La difficulté que l'on éprouve à isoler le bacille de Pfeiffer n'est pas particulière à ce bacille : on sait fort bien que, dans une association microbienne, le microbe premier disparaît, tandis que le microbe second persiste ; il en est ainsi, par exemple pour le sycosis et même pour la tuberculose.

M. L. Dubrisay, à propos de la conjonctivite purulente, demande à M. Chevallereau son avis sur le protargol.

M. Chevallereau. Le protargol est un produit allemand il n'est pas encore suffisamment connu pour que l'on puisse donner une appréciation sérieuse ; cependant les premiers essais en oculistique ne semblent pas devoir révéler un produit supérieur au nitrate d'argent ou aux autres produits journellement employés.

M. Gillet. Cette question (*Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés*), est très intéressante; ne pourrait-on pas, comme on le fait dans beaucoup de sociétés, mettre d'avance une question à l'ordre du jour d'une séance ultérieure et commencer par celle-ci.

M. Sébilotte. Rien dans les statuts ne s'oppose à cette

manière de faire ; la question sera mise à l'ordre du jour de la séance d'octobre.

Rachitisme et biberon (Voir *la France Médicale*, du 15 juillet 1898). — M. Gillet. Contrairement à l'opinion de Kassowitz (de Vienne), M. Gillet attribue la plus grande part aux troubles digestifs dans l'étiologie du rachitisme et il appuie sa théorie sur l'observation détaillée d'un cas, que l'on peut considérer comme une véritable expérience.

Deux jumeaux sont nourris au sein jusqu'à l'âge de 5 mois, tout va fort bien dans leur santé. A ce moment on met l'un des enfants au biberon (le plus fort et le plus vigoureux, le petit garçon), la petite fille, un peu plus délicate, reste au sein,

Le garçon est bientôt pris de troubles digestifs et devient rachitique, tandis que la petite fille continue à être très bien portante.

Discussion à laquelle prennent part MM. Süss, Gourc, Dubrisay, Sébillotte, Moutier.

M. Carra, à propos de la création dans les hôpitaux de services spéciaux, demande que la Société du Louvre, comme plusieurs autres, fasse une démarche auprès de l'Assistance publique, pour que ces services, comme les autres d'ailleurs, soient réservés aux seuls assistés habitant Paris.

MM. Moutier et Sébilotte. La question a été traitée complètement au conseil général des sociétés d'arrondissements et une démarche sera faite, dans le sens indiqué, auprès de l'administration.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

Le sécrétaire annuel,
Dr H. Beausse.

SOCIÉTÉ MEDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 23 juin 1898. — Présidence de M. Valude.

Presents : MM. Tison, Bonnefin, Dauchez, Séglas, Thierry, Guillier, Péchin, Genesteix, Malméjac, Ancelet.

M. Dauchez lit une observation de plusieurs cas de rubéole et envisage cette maladie au point de vue de son diagnostic avec la rougeole, de son caractère contagieux et aussi de sa grande bénignité.

M. Bonnefin se plaint que la loi du 30 novembre 1892 ait omis de comprendre la rougeole dans les maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire. Du 2 janvier au 18 juin 1898 la rougeole a causé 633 décès, tandis que la fièvre typhoïde, la diphtérie et la variole n'ont ensemble causé que 301 décès. Aussi le Conseil municipal s'est-il proposé d'ouvrir un crédit sur le 2e semestre 1898 afin de désinfecter les lieux contaminés par les rougeoleux. M. Bonnefin croit que cette désinfection ne pourra pas se faire, car ni les médecins (qui n'y sont pas tenus) ni les particuliers ne feront connaître les foyers de rougeole. Aussi désire-t-il que la rougeole soit classée parmi les maladies infectieuses dont la déclaration est obligatoire, et que la désinfection soit faite avec une discrétion qui permette d'y avoir plus souvent recours, le mode de désinfection actuelle faisant tort aux commerçants en éloignant de chez eux la clientèle.

M. Genesteix ne croit pas qu'en ce qui concerne la rougeole il y ait négligence des pouvoirs publics. L'Académie de Médecine a déclaré, en effet, que la rougeole n'est plus contagieuse lorsqu'elle apparaît et c'est ce qui a semblé aux pouvoirs publics devoir en rendre la déclaration inutile. Toutefois, des germes pouvant rester, la désinfection obligatoire serait à désirer.

M. Tison confirme aussi que l'Académie a déclaré la rougeole contagieuse avant l'éruption et que, par suite, il est impossible d'en empêcher la propagation. Le contage de cette affection se dissémine peu du reste et se confine souvent dans une famille.

M. Dauchez pense que si la rougeole est contagieuse avant l'apparition de l'éruption, elle peut l'être encore peut-être dans le courant de son évolution et que par suite la désinfection obligatoire ne pourrait qu'avoir un effet salutaire.

M. Valude pense qu'en raison de la difficulté que les médecins rencontrent déjà auprès de leurs clients lorsqu'il s'agit de désinfection, il ne faut pas chercher à allonger outre mesure la liste des maladies imposant la désinfection officielle. Pour sa part, il s'est abstenu souvent de déclarer des ophtalmies purulentes et pense qu'il est quelquefois plus commode pour le médecin et tout aussi efficace de faire faire la désinfection directement par les clients ou même par le service de désinfection qut se rend à toute réquisition payée, mais alors quand et comme on le désire.

M. Genesteix trouve du reste que la proposition de M. Bonnefin ne pourrait pas, même adoptée, donner une solution effective puisqu'actuellement rien ne force les malades à recevoir les désinfecteurs qui sont souvent renvoyés. Il n'y a donc pas lieu de se créer de nouvelles obligations tant que la désinfection ne sera pas obligatoire comme la déclaration qui l'a motivée.

A la suite de cette discussion, la Société, sans émettre d'opinion tranchée, donne acte à M. Bonnefin du vœu qu'il a formulé.

M. Dauchez, à propos de la déclaration de contagion, s'est trouvé appelé dans un hôtel du quartier pour soigner une jeune fille tuberculeuse et fut interrogé par la propriétaire de l'hôtel au sujet du caractère contagieux de l'affection de sa cliente.

M. Dauchez répondit d'une façon évasive mais serait heureux de savoir l'opinion de ses collègues sur ce point où le secret professionnel imposait le silence et où l'intérêt général, réclamant la désinfection de la chambre après le départ de la malade, eût exigé moins de réserve.

M. Péchin, tout en considérant la question comme très délicate, croit qu'il faut déclarer en ce cas les mesures prophylactiques à prendre, et cela dans l'intérêt général, tout en y mettant le plus de discrétion et de formes possible.

M. Valude constate que dans le Midi, à Menton ou à Pau par exemple, où les tuberculeux sont en grand nombre et le sont, au sû de tout le monde, la déclaration n'offrirait et n'offre aucune difficulté pas plus que la désinfection qui en est le mobile. Ce qui est tout simple dans ces stations le paraît beaucoup moins à Paris et cependant le secret professionnel a partout les mêmes obligations.

M. Dauchez fait remarquer qu'il faut se méfier aussi, en renseignant les hôteliers, du chantage qui peut en résulter souvent auprès des malades, sous le prétexte que leur maladie a mis en fuite les clients de l'hôtel.

M. Thierry a observé aussi des cas de ce genre, notamment pour un malade qu'il opéra d'une fistule à l'anus et que l'on fit évacuer de l'hôtel qu'il habitait pour ne pas éloigner la clientèle. Il y a donc des pays, comme les sta-

tions du Midi, où les hôteliers vivent des malades et les recherchent, et d'autres endroits, comme à Paris, où on les fuit et les expulse.

M. Valude constate le côté très délicat de cette question d'intérêt général puisque, la loi étant la même partout, la conduite à tenir est si modifiée suivant les latitudes.

M. Thierry, reprenant le sujet des abus qui ont lieu aux consultations des hôpitaux, est heureux de constater que, depuis la dernière réunion de la Société, la question a fait un grand pas. En effet, cette question a été reprise et traitée dans le journal de médecine du Dr Lutaud, dans le *Bulletin du Syndicat des Médecins de la Seine* et enfin dans un long article de la *Gazette des Hôpitaax* signalant aussi les abus faits à la Maison Dubois et s'accordant avec les autres articles protestataires pour ne réclamer la consultation gratuite que pour les indigents seuls.

M. Thierry, désirant faire entrer la question dans une phase plus active, a adressé une lettre au Directeur de l'Assistance Publique, lettre réclamant l'opposition à l'entrée des salles de consultations hospitalières d'un écriteau énonçant d'une façon nette que les nécessiteux seuls ont droit à ces consultations. Notre confrère a fait mettre en outre la question à l'ordre du jour de la Société des Chirurgiens des Hôpitaux. Enfin M. Thierry donne lecture d'un article qu'il se propose de faire paraître dans la *Gazette des Hôpitaux* et qui demande l'apposition dans les salles de consultation de l'avis suivant :

La consultation est réservée aux *malades nécessiteux*.

M. Genesteix expose que le Conseil général des Sociétés d'arrondissement a été aussi saisi de la question et qu'un vœu de réforme a été porté au Dr Napias, qui a promis de s'en occuper formellement et de chercher à remédier le plus qu'il le pourra à l'état de choses existant.

M. Valude trouve que le mot de nécessiteux convient mieux que celui d'indigent, car les indigents peuvent déjà avoir recours au Bureau de bienfaisance.

M. Genesteix trouve que, comme mesure complémentaire au vœu exprimé, les malades ne devraient pas payer dans les hôpitaux, car le paiement est toujours invoqué par les malades aisés qui se font soigner à l'hôpital pour légitimer leur droit à user de ces soins.

M. Thierry, pour le même motif, ne trouve pas bon le système proposé par M. Philippeau de faire payer un prix minime, deux francs, par exemple, par consultation, aux malades reconnus aisés et qui iraient ainsi consulter pour ce prix dérisoire des médecins qu'ils pourraient très bien honorer chez eux comme ils le méritent. Il faut donc que les consultations soient gratuites et accessibles, dans les hôpitaux, aux seuls nécessiteux.

Répondant à une objection de M. Bonnefin au sujet des consultations chirurgicales et des opérations, M. Valude certifie qu'il existe toutes les transitions désirables entre le prix de l'hôpital et les honoraires réclamés par les grands chirurgiens, et que ceux-ci même condescendent souvent à proportionner leurs demandes à l'état de fortune de leurs malades.

Un des secrétaires de séance,

Dr E. Angelet.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

12e *Session, tenue à Paris, du 17 au 22 octobre 1898.*

Néphrotomie et Néphrectomie. — M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). Les indications de la néphrotomie sont assez nettement posées, il n'en est pas de même de celles de la néphrostomie mise en regard de la néphrectomie primitive, dans les cas de pyonéphrose calculeuse ou tuberculeuse ; les faits seuls pourront légitimer la pratique de chacun, c'est qui me décide à rapporter mes cas, quoique peu nombreux. J'ai pratiqué trois néphrotomies et néphrolithotomies lombaires pour des affections aseptiques du rein et quatre nephrectomies dont deux lombaires et deux transpéritonéales pour des pyonéphroses calculeuse ou tuberculeuse, avec une mort. Dans ce cas, il s'agissait d'une énorme pyonéphrose calculeusé occupant la moité droite d'un rein en fer à cheval dont l'autre moitié était absolument saine. Par la néphrectomie transpéritonéale j'ai amputé la moitié malade du rein, suturé la tranche saine de la moitié restée ; le malade a succombé par anurie permanente et absolue de nature réflexe, la portion restante du rein ayant été trouvée absolument saine et l'uretère parfaitement perméable.

Les six cas suivis de guérison se décomposent ainsi : une néphrotomie exploratrice suivie de néphropexie, indiquée par des douleurs rénales ayant fait supposer l'existence de calculs et par la mobilité du rein. — Deux néphrolithotomies avec extraction de calcul unique situé dans le bassinet près de l'entrée de l'uretère. — Dans les trois, la suture immédiate du rein au catgut a arrêté l'hémorrhagie, et la réunion de la plaie lombaire s'est faite par première intention dans les deux cas où le drainage n'a pas été fait ; une petite fistulette a suivi le drainage de la loge rénale dans un cas, mais elle a disparu bien vite. — Deux néphrectomies pour pyonéphrose calculeuse : une par la voie transpéritonéale pour une énorme tumeur ayant transformé la totalité du rein en un grand nombre de poches anfractueuses à parois épaisses et bourrées de calculs ; l'autre par la voie lombaire, la tumeur plus petite ayant permis d'extraire le rein par cette voie. Dans ce cas aussi l'état du rein était tel que toute opération conservatrice paraissait impossible et même nuisible. — Dans un cas de pyonéphrose tuberculeuse, le rein, semé de foyers caséeux et ramollis, a été extrait par la voie lombaire.

Dans un seul cas, le drainage lombaire a été pratiqué, un petit trajet fistuleux a duré quelque temps pour se fermer assez vite. Dans les autres, le drainage jugé inutile a permis la réunion par première intention sans inconvénient.

Dans toutes mes interventions sur le rein par la voie lombaire, j'emploie l'incision parallèle à la douzième côte et à la onzième quand la première est courte, incision qu'on peut prolonger suivant le besoin et qui permet toujours une facile exploration et extraction du rein et, le cas échéant, la fixation du rein le long de la douzième ou onzième côte, comme je l'ai préconisé.

Pour conclure, je crois : que la bénignité absolue et l'efficacité incontestable de la néphrotomie et la néphrolithotomie, suivie d'extraction de calculs et suture immédiate du rein, doivent décider le chirurgien à des interventions

précoces dans les affections calculeuses du rein, pour enrayer à temps la marche de l'affection et empêcher la pyonéphrose de se produire. L'opération de choix, dans ces cas, est, je crois, la néphrotomie, les sections du rein permettant une exploration complète des calices et du bassinet et évitant la fistulisation qui fait suite si souvent à la pyélotomie préconisée dans ces cas.

L'opération de choix dans la pyélonéphrose calculeuse ou tuberculeuse, je crois, est la néphrectomie, translombaire si possible, transpéritonéale si le volume de la tumeur empêche son extraction par les lombes. La néphrostomie n'est qu'une opération de nécessité commandée par l'état des lésions : adhérences trop intimes de la tumeur ne pouvant permettre son extraction ; la certitude sur la bilatéralité des lésions ou l'incertitude sur l'état du rein opposé ; enfin l'état général trop mauvais du malade, qui ne fera le plus souvent que remettre à plus tard la néphrectomie qui sera secondairement pratiquée. Cette opinion est basée sur l'examen des reins que j'ai enlevés, qui tous, sans exception, étaient dans un état tel que leur existence physiologique était très problématique ; et sur l'inconvénient, je dirai même le danger, de ces fistules interminables qui sont l'apanage des néphrostomies dans les pyonéphroses tant soit peu anciennes.

De la néphrotomie. M. le Dr Phocas (de Lille). — J'ai pratiqué quatre fois la néphrotomie sur quatre femmes âgées de 24, 28, 35 et 42 ans. Mes opérations datent de deux ans. Une fois, il s'agissait d'un rein tuberculeux; une autre fois d'un rein calculeux suppuré, et les deux autres observations se rapportent à des pyonéphroses ascendantes simples, à streptocoques et staphylocoques. Dans tous les cas, on pouvait sentir le rein par la palpation bimanuelle ; il existait des urines purulentes, des douleurs, etc. Dans un cas, le diagnostic entre la pyonéphrose et l'abcès périnéphrétique était difficile, tellement la fluctuation de la région lombaire était superficielle. Dans tous les cas j'ai opéré par la méthode extrapéritonéale par incision lombaire. Le rein a été ouvert au bistouri sur son bord externe. Dans un cas, j'ai relevé quatre calculs ramifiés. Le résultat immédiat de ces quatre néphrotomies a été excellent. Toutes les malades ont guéri primitivement. Les urines sont redevenues normales en qualité et en quantité, l'état général s'est relevé, le rein a diminué de volume. Au point de vue des résultats consécutifs et éloignés, trois de mes malades vivent et sont assez améliorées pour vaquer à leurs occupations. Une est morte douze mois après l'opération, d'une tuberculose aiguë. Toutes ont conservé des fistules. Dans un cas, la fistule est insignifiante et n'empêche pas la malade de vaquer à toutes ses occupations, de remplir ses devoirs mondains et même de danser. Les deux autres conservent des fistules plus gênantes. Cependant, dans un cas, la malade s'est améliorée tellement qu'elle est devenue méconnaissable.

Parmi les malades néphrotomisées, l'une, atteinte d'une pyonéphrose à streptocoque, a eu une psyschose post-opératoire (lypémanie, idée de suicide) qui a nécessité son internement dans un asile. Au bout de six mois elle a guéri et se porte très bien actuellement (dix-huit mois après l'opération). Elle conserve une fistule, mais il est permis de penser que si la folie n'avait pas empêché les soins post-opératoires, le résultat local aurait pu être encore meilleur. De ces observations, je conclus que la néphrotomie est une opération bénigne et facile. Son efficacité doit être diversement appréciée, selon le but qu'on se propose et la variété de la pyonéphrose. En tant qu'opération d'urgence destinée à sauver la vie immédiatement menacée, l'efficacité de la néphrotomie est incontestable dans tous les cas. Mais l'effet curatif éloigné de l'opération diffère selon que la pyonéphrose est simple ou symptomatique d'une tuberculose ou de calculs. Dans la pyonéphrose simple, la néphrotomie paraît être l'opération de choix. Dans la pyonéphrose tuberculeuse, l'opération ne peut être qu'une intervention de nécessité. Quant aux suppurations rénales calculeuses, elles peuvent être considérées à ce point de vue comme tenant un rang intermédiaire entre les deux variétés précédentes.

Gastro entérostomie. — M. le Dr Montprofit (d'Angers) donne le résultat de dix-neuf gastro-entérostomies pour cancer et gastrite chronique.

Quatorze opérations ont été pratiquées pour cancer et ont donné deux morts opératoires survenues par suite d'épuisement dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'intervention, sans que l'autopsie ait fait connaître aucune complication opératoire.

Sur les douze malades ayant survécu, dix ont retiré un bénéfice notable de l'intervention ; les vomissements ont disparu, l'embonpoint est revenu et la santé générale a été améliorée pendant un temps variable. Deux malades ont continué à vomir et n'ont retiré aucun bénéfice appréciable de l'opération.

Cinq gastro entérostomies ont été pratiquées pour gastrite chronique — ces cinq malades ont bien supporté l'intervention : et tous les cinq ont vu disparaître les troubles gastriques pour lesquels ils ont été opérés.

Au point de vue des procédés opératoires employés, nous avons usé successivement de la gastro-entérostomie antérieure, selon Wœlfler, de la gastro-entérostomie de von Hacker, et du procédé en Y, de Roux, de Lausanne.

Si nous mettons de côté les deux malades qui ont succombé à l'épuisement quelques heures après l'opération, nous trouvons, au point de vue du fonctionnement de la gastro-entéro-anastomose, suivant le procédé employé, les résultats suivants :

Procédé de Wœlfler, neuf opérations : cinq résultats parfaits ; deux satisfaisants et deux mauvais. — Procédé de von Hacker, six opérations : cinq résultats excellents, un assez bon. — Procédé de Roux, deux opérations: l'une pour gastrite chronique, l'autre après gastrectomie, deux résultats parfaits.

Nous sommes donc d'accord avec la plupart des opérateurs pour pratiquer l'anastomose postérieure, soit latérale soit en Y, toutes les fois que cela est possible, et pour ne faire désormais l'anastomose antérieure que dans les cas rares où elle est seule possible. Nous pratiquons la gastro-entérostomie exclusivement au moyen de sutures au fil de soie et nous n'avons jamais éprouvé le moindre ennui de ce chef. Aussi sans vouloir porter un jugement définitif sur les procédés d'abouchement au moyen des sutures ou des boutons qui sont employés par beaucoup de chirurgiens des plus autorisés, nous pensons que la majeure partie de la chirurgie gastro-intestinale peut se faire avec l'aiguille ordinaire et le fil de soie fine.

Chirurgie des voies biliaires. Nécessité du drainage par les voies biliaires accessoires dans les opérations pratiquées, aussi bien sur les voies biliaires principales que sur les voies biliaires accessoires. — M. le Dr H. Dela-

GÉNIÈRE (du Mans). En 1895, j'ai déjà eu l'occasion d'attirer votre attention sur le drainage des voies biliaires accessoires comme moyen de désinfection des voies biliaires, et je vous ai exposé ma technique personnelle, consistant à faire l'abouchement de la vésicule à travers le muscle droit sur l'aponévrose antérieure même du muscle. Aujourd'hui je vous apporte les résultats que j'ai obtenus par cette manière de faire dans dix nouveaux cas de chirurgie biliaire. Il ne s'agit plus seulement de simples cholécystostomies, mais aussi d'opérations complexes, pratiquées sur les voies biliaires principales.

Ces dix observations se répartissent ainsi :

Deux cas de cirrhose du foie, avec hépatoptose pour lesquels l'hépatopexie, puis une cholécystostomie temporaire furent pratiquées avec succès.

Un cas de cirrhose hypertrophique biliaire, où une cholécystostomie simple amena la guérison.

Trois cas de lithiase biliaire simple, avec infection des voies biliaires, avec deux guérisons et une mort causée par l'infection préexistante.

Un cas de cystichotomie pour calcul.

Deux cas de cholédochotomies ; enfin, un cas d'hépaticolithothripsie après cystico-hépaticotomie interne.

Tous les cas suivis de guérison : ce qui porte à un sur dix la mortalité de cette série opératoire.

Dans les opérations faites sur les voies biliaires principales, la cholécystostomie agit normalement en désinfectant les voies biliaires et en détournant au dehors momentanément le cours de la bile, mais aussi en s'opposant à toute élévation de tension dans les voies biliaires; en évitant par conséquent la rupture des sutures faites pour remédier aux incisions des conduits, et par suite tout écoulement de bile dans le péritoine. Grâce à l'établissement d'une fistule temporaire, on peut donc compter sur l'efficacité des sutures faites sur le canal cholédoque incisé, et dans tous les cas ces sutures devront être de règle puisqu'elles ne peuvent pas être nuisibles.

Dans certains cas de vésicule atrophiée, on ne peut recourir à notre méthode générale de cholécystostomie temporaire. On doit alors préférer les méthodes directes, ou, en cas d'adhérences profondes, créer dans les adhérences un conduit pour l'excrétion momentanée de la bile.

Comme on le voit, notre façon de faire n'est pas seulement un procédé opératoire, mais une méthode générale appliquée à tous les cas de chirurgie biliaire.

Sur un cas d'exstrophie de la vessie dans le sexe féminin. Nouveau procédé antiplastique. — M. le Dr PHOCAS (de Lille). Dans un cas d'exstrophie de la vessie sur une fillette de treize mois, M. le Dr Phocas a exécuté le procédé suivant. Le mont de Vénus était divisé en deux par l'exstrophie vésicale. En rapprochant ces deux bourrelets cutanés, on recouvrait en partie la vessie exstrophiée. Cette disposition a été mise à profit de la manière suivante. Les deux plis cutanés ont été rapprochés par les mains d'un aide devant la vessie. Le chirurgien a avivé ensuite les bords internes de ces plis, en taillant sur chaque bord un lambeau à la Mirault, adhérent par son bord supérieur ; des fils d'argent ont réuni les deux bords avivés. Quant aux deux lambeaux adhérents, ils ont été conduits en haut, réunis entre eux, et attachés par des fils d'argent au pourtour de la partie supérieure de la vessie.

De cette façon, toute la surface extrophiée a été recouverte de peau. Par la partie inférieure sortent les deux sondes uretérales, qu'on a eu soin de placer dans les deux uretères. Ce procédé offre l'avantage de recouvrir la vessie par une portion cutanée, à l'aide de lambeaux cutanés, sans rien sacrifier. S'il échoue, on n'aurait à déplorer aucune perte de substance. Ce procédé n'est applicable qu'au sexe féminin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1898. — *Présidence de* M. BERGER.

Luxation ancienne de l'épaule. — M. TUFFIER. Je suis intervenu deux fois pour des accidents de compression dans une luxation ancienne de l'épaule, irréductible. Les résultats furent nuls.

Les luxations récidivantes présentent des lésions osseuses et des lésions articulaires. De l'avis de tout le monde, je crois qu'il faut ajouter les lésions musculaires. Je me rappelle un capitaine de dragons atteint d'une luxation récidivante, chez lequel les muscles de l'épaule étaient absolument atrophiés. Tant qu'il fit du massage, pendant 4 ans, la luxation ne se fit pas et reparut il y a quelques jours, le massage ayant été cessé.

M. BERGER. La question d'intervention doit se réduire à l'arthrotomie et à la résection. C'est cette dernière qui semble choisie actuellement, car elle supprime les modifications osseuses de l'extrémité humérale.

Dans les cas où on peut obtenir la réduction par l'arthrotomie, les résultats fonctionnels sont préférables et, dans ces cas seulement, elle doit être préférée à la résection.

Quand la luxation dépasse un mois, on peut encore faire une arthrotomie explorative, mais on trouve des lésions osseuses de la glénoïde ou de la tête qui nécessiteront la résection.

M. NÉLATON. Il est extrêmement difficile de trouver dans les auteurs les résultats ultérieurs de la résection dans les luxations irréductibles. J'en conclus donc qu'ils ne doivent pas être excellents. Seul, M. Berger nous a dit que son malade ne dépassait pas avec le bras l'horizontale. C'est ce que l'on obtient avec le massage et je crois qu'il est inutile de recourir à l'intervention sanglante.

M. KIRMISSON. Je ne crois pas qu'il faille se faire illusion sur les luxations obtenues après un certain temps d'irréduction et je ne sais si la résection est devenue nécessaire toujours après deux ou trois mois de luxation. Il sera toujours bon de tenter d'abord la réduction auparavant.

M. CHAPUT. J'ai présenté un malade ayant subi une résection pour une luxation irréductible et au bout de deux ans, il a recouvré un fonctionnement très suffisant de son bras.

Ostéomyélite. — M. WALTHER fait un rapport sur deux observations de M. PAULIDÈS (de Rhodes). Il s'agissait dans le premier cas d'une ostéomyélite du fémur et dans le second du tibia. Le tibia était dénudé dans toute son étendue, et M. Paulidès dut faire l'ablation de la diaphyse dans toute sa hauteur. La guérison se fit très bien et deux ans après les deux membres avaient la même longueur et permettaient au petit malade de marcher sans boiter.

M. KIRMISSON. Je pense que la résection totale primitive de la diaphyse ne doit pas être la règle de conduite constante dans l'ostéomyélite aiguë.

Jéjunostomie. — M. TERRIER. La jéjunostomie est une

opération française due à Surmay (de Mans). Il en existe quatre observations, Surmay, Montay et Peyrot. J'en ai fait deux moi-même. Les voici.

Un malade fut diagnostiqué atteint d'épithéliome de l'estomac qui semblait prendre toute la hauteur de l'estomac. Je ne pus songer qu'à faire la jéjunostomie. Je la fis en deux temps. Le second temps, l'ouverture de l'intestin, ne fut faite qu'au 15e jour et le malade survécut.

La jéjunostomie est une opération palliative, il faut le savoir, mais qui peut rendre service dans certains cas de traumatisme stomacal, de fistules de l'estomac, auxquels on peut donner le temps de guérir en alimentant le malade par l'intestin au moyen de la jéjunostomie.

M. Le Dentu. — C'est dans mon service à Saint-Antoine, que Surmay (de Ham) a fait la première jéjunostomie qui ait été faite.

J'ai eu l'occasion de faire une jéjunostomie d'urgence chez une malade dont l'estomac était largement ouvert, au niveau d'une adhérence amenée par un ulcère de l'estomac. Je fis une suture de l'intestin à la paroi et une ponction qui me permit de passer une sonde par laquelle je pus alimenter la malade pendant les cinq jours qu'elle survécut.

F. Verchère.

DEONTOLOGIE.

Le médecin, appelé, par l'auteur d'un accident, à donner les soins à la victime et accepté par cette dernière, viole-t-il le secret professionnel en donnant au premier, qui doit l'honorer, son avis sur les conséquences de l'accident?

Voici, sur cette question? l'avis de Me Rocher, jurisconsulte :

Mon cher Docteur,

« Ainsi que vous me le demandez, je réponds moi-même à la question soumise par M. le Dr X..., Président du Syndicat des Médecins de Y...

« Dans l'espèce soumise, il y a une certaine analogie avec la situation des médecins des Compagnies d'assurances sur la vie, ou des médecins attachés à des établissements industriels.

« Or, lorsqu'un médecin est appelé par un patron, dans un but de contrôle, il peut rendre compte de ses investigations à celui qui lui a confié la mission et pour nous l'individu qui se soumet à l'examen, en connaissant le but, se trouve ainsi donner son consentement à la révélation de son état. Il y a là en réalité une convention, un accord réciproque.

« En conséquence, je considère que l'auteur de l'accident ayant appelé un médecin de son choix, la victime ayant consenti à se laisser examiner par ledit médecin, ne peut critiquer une déclaration donnée des constatations faites.

« Il y a, il est vrai, un point délicat dans les faits relatés : le médecin appelé par l'auteur de l'accident ne se contente pas d'un seul examen, il donne des soins à la victime et devient un médecin *traitant* (payé par l'auteur de l'accident, il est vrai). Cette circonstance doit lui imposer une réserve plus grande, et si toujours on recommande aux médecins de ne délivrer des certificats qu'avec la plus extrême prudence, dans le cas qui nous occupe, je considère que le médecin ne devra révéler que ce qui est consécutif à l'examen qu'il a fait, mais non ce qu'il aurait découvert, par exemple, relativement à l'état général du malade qu'il traite, état que le malade peut absolument ignorer et que le médecin ne doit pas révéler, étant venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

« Pour en revenir à l'espèce qui nous intéresse, je considère que le médecin, appelé par l'auteur de l'accident, n'encourt aucune responsabilité pour avoir délivré à celui qui l'a appelé un certificat disant : « *Je n'ai constaté aucun symptome de fracture récente.* » C'est la suite de l'examen par lui fait, avec l'assentiment de la victime et sur la demande de l'auteur de l'accident. Cela rentre donc dans les prévisions que j'ai énoncées au début de ces observations. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Assistance médicale gratuite.

Service de la pharmacie.

Il est arrivé à plusieurs reprises que des pharmaciens, trouvant insuffisants les prix portés sur les tarifs de l'Assistance médicale gratuite, ont refusé d'accepter les conditions de ces tarifs et de délivrer les médicaments aux malades assistés. La question a été soumise au Ministre de l'Intérieur et voici comment elle a été tranchée :

Paris, 19 août 1898.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur à MM. les Préfets,

L'application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gratuite, réclame le concours des pharmaciens pour la fourniture des médicaments. D'une manière très générale, ce concours a été obtenu ; les pharmaciens ont consenti à délivrer les remèdes aux prix portés sur les tarifs annexés aux règlements départementaux du nouveau service et arrêtés par les Conseils Généraux, en vertu du pouvoir que confère à ces assemblées l'article 4 de la loi. Les Conseils généraux n'ont d'ailleurs usé de ce droit que dans un esprit de sagesse et d'équité.

Toutefois un refus était possible. Il n'est pas admissible que, le fait venant à se produire, mit, sur un point donné où il n'y aurait point d'autre officine, un obstacle absolu à l'exécution de la loi de 1893 qui assure (art. 1er) le bénéfice de l'assistance médicale à tout Français malade, privé de ressources.

Il m'a paru que ce refus équivaudrait en réalité à l'absence de pharmacie quant aux bénéficiaires du service, que le pharmacien qui se placerait dans ce cas *renoncerait par là même au monopole* dont la loi le pourvoit dans l'unique intérêt des malades et qu'ainsi les médecins de l'assistance médicale gratuite seraient autorisés à agir dans la localité *comme s'il n'existait pas d'officine.*

J'ai cru devoir toutefois provoquer sur ce point l'examen du Conseil d'Etat. La Haute Assemblée, dans ses séances des 7 et 13 juillet 1898, a émis l'avis dont vous trouverez ci-joint une copie ; il consacre mon opinion. Vous devez vous en inspirer dans le cas où un pharmacien refuserait son concours au service de l'Assistance Médicale, suivant les conditions déterminées par le Conseil Général.

Pour le Ministre de l'Intérieur
Le Conseiller d'Etat, Directeur de l'Assistance
et de l'hygiène publique,
Monod.

Avis.

Sur la question de savoir si, au cas où des pharmaciens refusent de délivrer, pour le service de l'Assistance médicale gratuite, des médicaments aux prix portés au tarif départemental, les médecins peuvent distribuer eux-mêmes ces médicaments aux malades de l'Assistance gratuite auxquels ils donnent des soins.

Adopté par le Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat consulté par le Ministre de l'Intérieur sur la question de savoir si, au cas où des pharmaciens se refusent de délivrer, pour le service de l'Assistance médicale gratuite, des médicaments portés au tarif départemental, les médecins peuvent distribuer eux-mêmes ces médicaments aux malades de l'Assistance gratuite auxquels ils donnent leurs soins :

Vu la dépêche ministérielle en date du 29 avril 1898 :

Vu la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite :

Vu la loi du 21 germinal au XI sur l'exercice de la pharmacie :

Considérant qu'aux termes de l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893 tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement l'assistance médicale :

Que pour réaliser l'effet de cette disposition impérative, l'article 5 de cette loi a donné aux Conseils généraux des départements la mission d'organiser le service de l'Assistance médicale, et, par conséquent prévu le concours des personnes exerçant l'art de guérir, notamment des médecins qui visitent les malades assistés et instituent leur traitement, et des pharmaciens qui préparent et délivrent les médicaments prescrits par ces médecins :

Que dans le cas où il n'existerait pas, dans la commune d'un malade assisté, de pharmacien consentant à donner son concours aux conditions établies en application de l'article 5 de la loi précitée, il appartient au médecin, pour éviter que cette loi ne soit mise en échec, de remplir seul la tâche de l'assistance médicale :

Que dès lors cette situation exceptionnelle peut être considérée comme plaçant le médecin dans le cas prévu par l'article 27 de la loi du 21 germinal au XI ;

Est d'avis :

de répondre dans le sens des observations qui précèdent.

Cet avis a été délibéré et adopté par le Conseil d'Etat dans ses séances des 7 et 13 juillet 1898.

Le conseiller d'Etat rapporteur.
CAZELLES.

Le vice-président du conseil d'Etat,
ED. LAFERRIÈRES

Le maître des requêtes
Secrétaire général du Conseil d'Etat,
MARCEL TRÉLAT.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous annonçons avec plaisir la promotion au grade d'officier du Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille qui tout récemment faisait don, d'une façon si simple et si digne, d'une somme de 250.000 fr. à l'Institut qu'il dirige.

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques obligatoires pour les étudiants en médecine, pendant le semestre d'hiver, sont :

DOCTORAT. — Nouveau régime : Première année, physique et chimie biologiques, histologie, dissection ; deuxième année, dissection ; troisième année, anatomie pathologique, parasitologie.

Ancien régime ; Deuxième et troisième années, dissection ; quatrième année, anatomie pathologique.

OFFICIAT. — Troisième et quatrième années, dissection.

Ces travaux ont lieu, depuis le 3 novembre 1898, aux jours et heures ci-après indiqués, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

1° Physique biologique, sous la direction de M. Weiss, agrégé, chef des travaux. Mardi et vendredi, de neuf à onze heures.

2° Chimie biologique, sous la direction de M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. Mardi, jeudi, samedi, de neuf à onze heures.

3° Histologie, sous la direction de M. Retterer, agrégé, chef des travaux. Lundi et mercredi, de neuf heures à onze heures.

4° Dissection, sous la direction de M. Rieffel, chef des travaux. Tous les jours, de une à quatre heures (voir l'affiche spéciale).

5° Anatomie pathologique, sous la direction de M. Brault, chef des travaux. Tous les jours, de une heure à trois heures.

6° Parasitologie, sous la direction de M. Guiart, chef des travaux. Lundi, mercredi et vendredi, de une heure à trois heures.

MM. les étudiants en cours régulier d'études seront convoqués par lettre individuelle, d'après l'ordre de la prise de l'inscription du premier trimestre 1898-1899.

Il leur est recommandé : 1° de prendre régulièrement l'inscription de janvier, s'ils veulent être maintenus sur la liste d'appel ; 2° de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu.

MM. les étudiants, en cours irrégulier d'études, soumis aux travaux pratiques obligatoires ; — ceux par qui ces travaux ont été accomplis, mais qui désireraient de nouveau y prendre part, — devront au préalable demander, par écrit, au doyen, l'autorisation nécessaire. Ils auront à acquitter, après immatriculation, un droit trimestriel de 15 francs pour chacun des travaux.

Faculté de médecine de Paris. CLINICAT. — Les candidats aux fonctions de chef de clinique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris doivent, pour être admis à prendre part au concours, justifier de la qualité de Français et du diplôme de docteur en médecine. Dans chacun des jurys de concours du clinicat, un agrégé peut être désigné à titre de juge titulaire ou de juge suppléant. — L'agrégé chargé de l'enseignement clinique des élèves sages-femmes est membre de droit du jury du concours pour le clinicat obstétrical afférent à son enseignement.

ADJUVAT ET PROSECTORAT. — Les dispositions suivantes sont ajoutées aux articles 5 et 15, 7 et 16 de l'arrêté du 14 mai 1889, portant règlement pour l'adjuvat et le prosectorat à la Faculté de médecine de Paris :

Art. 5 et 15. — Pour l'appréciation de chaque épreuve, la parole est donnée en premier successivement à chaque juge, en commençant par la droite du président.

Art. 7 et 16. — En cas d'absence ou de tout autre empê-

chement d'un ou plusieurs de ses membres, le jury se complète, lors de sa première séance, au moyen d'un tirage au sort fait parmi les juges suppléants. — Cessera de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours, quelle que soit cette opération.

Faculté de médecine de Paris. — COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur Berger commencera ce cours le lundi 14 novembre 1898, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférence de gynécologie pratique, les mercredis, à 10 h. 1/2 du matin, par M. Banzet, chef de clinique.

Conférence sur la bactériologie et l'anatomie pathologique, les jeudis, à 10 h. 1/2 du matin, par M. F. Bezançon, chef de laboratoire.

Examen des malades, visite dans les salles et opérations, tous les jours, à 8 h. 3/4.

COURS ET EXERCICES PRATIQUES DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE. — 1° *Cours* : M. Castex, chargé de cours complémentaire, reprendra son cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 15 novembre 1898, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit.

2° *Exercices pratiques*. — Sous la direction de M. Castex, assisté de MM. Collinet, Chaillous et Robé, anciens internes des hôpitaux.

Examen et traitement des malades tous les jours de 3 heures à 5 heures.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs

Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundis, mardis, jeudis, et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Université de Lyon. — Il est institué un doctorat de l'Université de Lyon. Les aspirants à ce titre doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté dont ils veulent suivre les études et produire, avec leur acte de naissance, les diplômes, certificats ou titres indiqués plus loin. Ils sont soumis au régime scolaire et disciplinaire de l'Université. Les épreuves pour l'obtention du diplôme sont publiques. Le jury se compose de trois membres au moins. Le diplôme est signé par les membres du jury et par le doyen de la Faculté devant laquelle auront eu lieu les épreuves. Il est délivré sous le sceau et au nom de l'Université de Lyon par le président du conseil de l'Université.

Ce titre, d'ordre exclusivement scientifique, ne confère aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements et ne peut, en aucun cas, être déclaré équivalent aux grades.

A la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, le diplôme est délivré, dans l'ordre de la médecine, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études médicales en France, avec dispense du grade de bachelier et qui, après la scolarité et les examens prévus par le décret du 31 juillet 1893, ont soutenu leur thèse devant la Faculté de Lyon.

Dans l'ordre de la pharmacie, les aspirants devront justifier du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, avoir accompli une quatrième année d'études à la Faculté de Lyon, soit avant, soit après l'obtention de ce diplôme, et soutenir une thèse contenant des recherches personnelles. La thèse présentée pour le diplôme supérieur de pharmacien ne sera pas admise pour le doctorat.

Faculté de médecine de Montpellier. — Les agrégés dont les noms suivent sont chargés des cours ci-après désignés :

Anatomie pathologique : M. Bosc ; — Clinique des maladies des vieillards : M. Vires ; — Pathologie chirurgicale : M. de Rouville ; — Accouchements ; M. Vallois : — Pathologie générale : M. Raymond

Université de Montpellier. — Il est institué un doctorat de l'Université de Montpellier dont le diplôme portera la mention : pharmacie.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Par arrêté ministériel, en date du 29 octobre 1898, un concours s'ouvrira le 5 juin 1899, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. le Dr Lépetit (Louis-Paul), suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'histologie.

Ecole de médecine de Poitiers. — Par arrêté ministériel, en date du 29 octobre 1898, un concours s'ouvrira le 1er mai 1899 :

Devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Ecole de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira le 1er mai, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

Le droit d'immatriculation. — A partir du 16 novembre l'entrée de la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation, c'est-à-dire qui n'aura pas payé le droit supplémentaire de 30 francs par an fixé par le nouveau règlement.

Ce droit d'immatriculation destiné à augmenter les ressources très précaires de la bibliothèque a provoqué au quartier une assez vive émotion, mais sans doute à cause de cette émotion même il semble devoir se produire avec la Faculté des accommodements nombreux. Les élèves en cours régulier d'études, c'est-à-dire jusqu'à la prise de la seizième inscription, sont immatriculés d'office et gratuitement; l'immatriculation payante n'existe que pour les élèves en cours irrégulier d'études et pour les docteurs. Or, pour ceux-ci la Faculté a décidé qu'ils pourraient entrer gratuitement à la bibliothèque sur la simple présentation de leur carte de visite. Les internes des hôpitaux seraient également dispensés du droit d'immatriculation. Reste à savoir si le petit nombre de ceux qui resteront soumis au fameux droit sera suffisant pour augmenter beaucoup les ressources de la bibliothèque.

Hôpitaux de Paris. — M. Rigal, médecin des hôpitaux, a adressé sa démission au directeur de l'Assistance publique. Le service qu'il dirigeait à Beaujon devient donc vacant.

Corps de santé militaire. — M. Mutin, directeur du ser-

vice de santé du 5e corps d'armée, vient de prendre sa retraite.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 31 octobre 1898, ont été promus.

Au grade de médecin principal. — M. Foucaud, médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Maget, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — M. Lesueur-Florent, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le Dr Foucaud, promu.

Lycée de Versailles. — M. le Dr de Fourmestreaux, médecin en chef du lycée Hoche, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le Dr Bréchot, dont la démission est acceptée.

M. le Dr Vilon est nommé médecin-adjoint au lycée Hoche, en remplacement de M. de Fourmestreaux, nommé médecin titulaire dudit lycée.

L'affaire Thomson — Epilogue : Les Drs Boisleux et de Lajarrige viennent d'être remis en liberté. Boisleux était interné à la prison de Corbeil ; de Lajarrige, d'abord interné à la prison d'Etampes, avait dû être transféré à l'hôpital de Versailles à cause d'une affection cardiaque. Tous deux seraient dans un état de santé assez précaire.

Legs. — Mme Marvaud, femme du directeur du service de santé du 17e corps d'armée, vient, en mourant, de léguer au ministre de la guerre 60.000 fr. en rente 3 0/0 pour venir en aide à la veuve ou aux orphelins d'un médecin militaire décédé sans fortune. (*Bull. méd*).

Association de la Presse médicale française. — Le 4 novembre 1898 a eu lieu la 42e réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. Cornil. — Vingt-deux personnes y assistaient.

I. — Le secrétaire général a donné connaissance de la lettre reçue de la direction de l'*Exposition de* 1900, à propos de la visite des chantiers. Une circulaire explicative a été envoyée en son temps aux membres de l'Association.

II. — M. Bérillon a rendu compte de sa mission comme délégué de l'Association au *Congrès international d'Hydrologie de Liège.*

III. — Seront mises à l'ordre du jour de la prochaine réunion les questions suivantes :

1° Le *Congrès de Déontologie médicale de* 1900. (Proposition de M. Noir).

2° Organisation en 1900 d'un *Congrès international de la Presse médicale*, fonctionnant d'une façon autonome (Proposition de M. Blondel), ou comme section spéciale du grand Congrès international des Sciences médicales (idée émise au Congrès de Rome en 1894).

3° Création d'un *Club médical* à Paris (Proposition de M. Doléris). *Le secrétaire général* : Marcel Baudouin.

Nécrologie. — Le Dr Etchachinow, de Saint-Calais, reçu en 1873. — Le Dr Chipault, d'Orléans, reçu en 1863. — Le Dr Lienhard, de Lille, reçu en 1876. — Le Dr Ovion, d'Arras. — Le Dr d'Alençon, de Darnetal (Seine-Inférieure). — M. Delamare, médecin à Bourg-Achard (Eure), reçu en 1866. — Le Dr Faure Miller (Harold), ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à Cannes, décédé à l'âge de 34 ans. — Le Dr Bédel (François), de Lamballe, président de l'Association des médecins des Côtes-du-Nord, reçu en 1853.

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France. — L'union des Syndicats médicaux de France a tenu son assemblée annuelle le 25 octobre, à l'hôtel des sociétés savantes, sous la présidence de M. le Dr Comby.

Après une allocution du président, qui a indiqué les grandes lignes du programme que l'Union des syndicats cherche à remplir, M. J. Noir, secrétaire général, a exposé en son rapport les travaux de l'année. Il a indiqué les dangers de la *loi sur les accidents du travail pour le corps médical*, loi mal élaborée et inapplicable. Il a fait part des rapports tendus entre les médecins et les Sociétés de secours mutuels et rappelé que les Syndicats médicaux ont obtenu un représentant officiel au Conseil supérieur des Sociétés de Secours mutuels, comme ils en ont un officieux dans la personne de M. Porson (de Nantes) au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Les Syndicats ont à l'heure actuelle intenté deux procès importants : un contre les magnétiseurs d'Angers qui prétendent avoir le droit d'exercer la médecine, et qui va sous peu être jugé par la Cour de cassation, et un second contre un abbé de Sens qui pratiquait en grand la chirurgie la plus nuisible et la plus fantaisiste. Un projet d'organisation du Congrès international de médecine professionnelle en 1900 a été présenté à l'approbation de l'Assemblée. Des protestations ont été faites contre la non-exécution de la loi sur l'Assistance médicale dans le Morbihan, où le Conseil général réactionnaire refuse d'organiser tout service pour sauvegarder l'existence de 250 officines de bonnes sœurs. L'union a encore émis le vœu de la suppression du droit de bibliothèque réclamé par les Facultés de médecine aux docteurs qui désirent travailler.

La question de l'Ordre des médecins qui partage fortement les syndicats a été remise au Congrès de 1900, pour en permettre une étude plus approfondie.

Au banquet, chez Marguery, M. Brouardel, qui présidait la fête, a promis de faire ses efforts pour obtenir la suppression du droit de bibliothèque dont il n'a jamais été partisan. MM. les Drs Comby, Guinard (de Paris), Lasalle (de la Gironde), M. Rocher, avocat, MM. les Drs Racher (de Honfleur), Archambault (de Paris), etc., ont successivement pris la parole. (*Progrès médical*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai d'Eudiothérapie. — L'Eudiophore et ses usages, par le Dr M.-A. Legrand, médecin de 1re classe de la marine, Une brochure de 27 pages, avec une planche. Prix : 0 fr. 75. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

CHOUSSY LA BOURBOULE PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*